

氣喘/慢性(支)氣管炎/慢性阻塞性肺疾病問卷

要保人姓名：	被保險人姓名：
保單號碼：	招攬單位：

承蒙 台端投保本公司保險；深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能予以補充說明，敬請填寫本問卷後回覆本公司為荷，在此感謝您的合作！

1、台端發現 氣喘 慢性(支)氣管炎 慢性阻塞性肺疾病 _____

時間：約 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2、是否曾接受藥物治療？ 否 是，則持續服藥時間多久？ _____

服用藥物之名稱？ _____，目前是否仍持續服藥中？ 否 是

3、是否曾因氣喘病請假在家休養或住院治療？ 否 是，則大約住院次數？ _____ 次，住院日期？

_____，住院多久？ _____，最近一次約於何時？ _____

最近三年內氣喘復發的次數約為 _____ 次？

4、最近一次的胸部 X 光及肺功能測驗及心電圖檢查時間？ _____ 年 _____ 月 _____ 日，檢查項目：

_____，檢查結果 正常 異常，請說明： _____

5、是否有吸菸習慣？ 否 是，則每天約吸菸 _____ 支

6、其他補充事項：

要保人簽名： _____ 法定代理人簽名： _____

被保險人簽名： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

